

Baumstraße 25
45128 Essen

Telefon 0201- 43 87 48 - 0

Telefax 0201- 43 87 48 28

info@kpw-kanzlei.de
www.kpw-kanzlei.de

Name des behandelnden Arztes

Straße

PLZ/Ort

Telefon

1. PATIENT/IN

Name des/der Verletzten

Straße

PLZ/Ort

geboren am

Beruf

Krankenkasse

Krankenversicherung

Berufsgenossenschaft (falls Sie von der Berufsgenossenschaft Zahlungen erhalten)

2. BESCHWERDEN DES/DER PATIENTEN/IN

Unfallschilderung

Welche Klagen äußert der/die Patient/in?

Wann traten die Beschwerden auf?

Ihr erster Untersuchungsbefund:

Ist der Unfall ursächlich für die Verletzung/Beschwerden?

ja

nein

3. IHRE BEHANDLUNG DES/DER PATIENTEN/IN

Erster Behandlungstag

Von wem wurde der/die Patient/in überwiesen?

Untersuchungen am? (Daten bitte durch Semikolon trennen)

Behandlungen ambulant am? (Daten bitte durch Semikolon trennen)

Behandlungen stationär am? (Daten bitte durch Semikolon trennen)

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

 CRT Röntgen KernspinHaben Sie den/die Patient/in schon früher behandelt? ja nein

Ist die Behandlung abgeschlossen?

 ja, letzter Behandlungstag: _____ nein, voraussichtlich letzter Behandlungstag: _____**4. HEILUNGSVERLAUF DES/DER PATIENTEN/IN**

Vorerkrankungen vor dem Unfall

Hatten diese ggf. Einfluß auf den Heilungsverlauf? ja nein

Ihre letzte Diagnose?

Wie verlief bisher die Heilung?

Welche Heilmaßnahmen haben Sie angeordnet?

Welche weiteren Heilmaßnahmen empfehlen Sie ggf.?

Sind Spätfolgen des Unfalls zu befürchten?

 ja, ggf. zu erwartende Spätfolgen: _____ neinBesteht ein Arthroserisiko? ja nein

5. EINSCHRÄNKUNG DES/DER PATIENTEN/IN

War der/die Patient/in in der Erwerbstätigkeit eingeschränkt (MdE)

 ja von _____ bis _____ zu _____ %

von _____ bis _____ zu _____ %

von _____ bis _____ zu _____ %

von _____ bis _____ zu _____ %

von _____ bis _____ zu _____ %

 nein

War der/die Patient/in in der Haushaltsführung eingeschränkt (MdE)

 ja von _____ bis _____ zu _____ %

von _____ bis _____ zu _____ %

von _____ bis _____ zu _____ %

von _____ bis _____ zu _____ %

von _____ bis _____ zu _____ %

 nein**6. IHRE HINWEISE**

Haben Sie bereits Versicherungen einen Arztbericht erstattet?

 ja, an folgende Versicherung: _____ nein

Haben Sie weitere Angabe auf einem Ergänzungsblatt verfasst?

 ja nein

Liegen Ihnen in den Krankenunterlagen Arzt- oder Untersuchungsberichte vor, die Sie an weiter behandelnde Kollegen oder die zuvorbehandelnden Kollegen an Sie geschickt haben?

 ja nein

Ort, Datum

Unterschrift